

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1903-1904. — N° 108.

LE SYNDROME « IMMOBILITÉ »

DANS LES TUMEURS CÉRÉBRALES

CHEZ LE CHEVAL

Une Observation en Pathologie humaine

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 12 janvier 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Gérald BERGÈS

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à L'Isle-Jourdain (Gers), le 29 mai 1880.



LYON, IMPRIMERIE R. SCHNEIDER

Quai de l'Hôpital, 9.

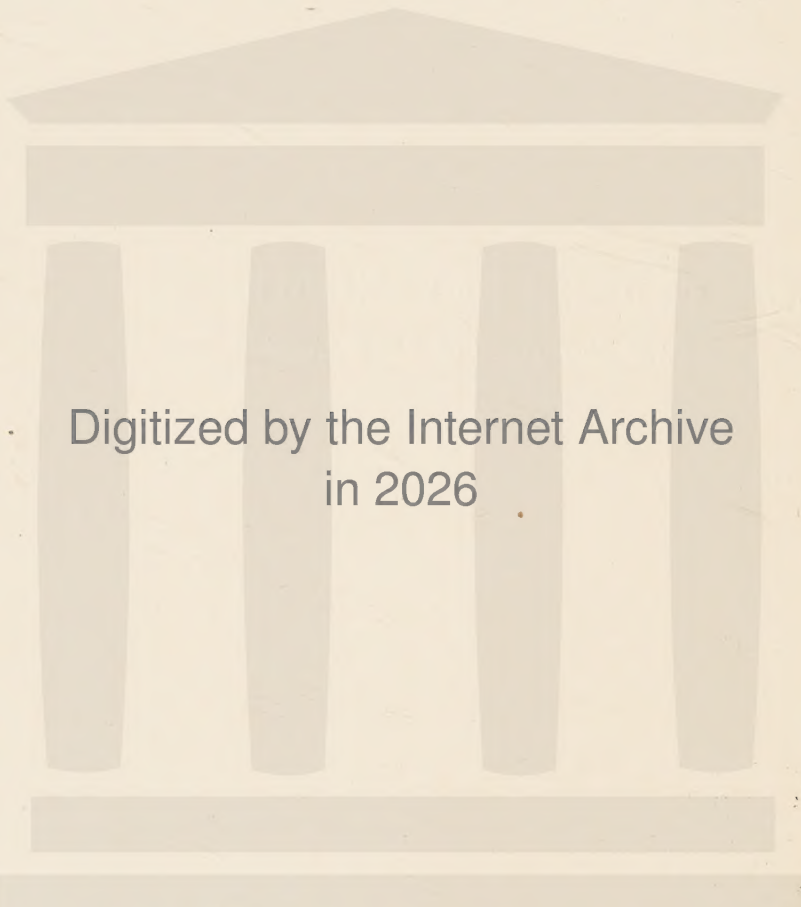
1904

LE SYNDROME « IMMOBILITÉ »

DANS LES TUMEURS CÉRÉBRALES

CHEZ LE CHEVAL

Une Observation en Pathologie humaine



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1903-1904. — N° 108.

LE SYNDROME « IMMOBILITÉ »

DANS LES TUMEURS CÉRÉBRALES

CHEZ LE CHEVAL

Une Observation en Pathologie humaine

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 12 janvier 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Gérald BERGÈS

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à L'Isle-Jourdain (Gers), le 29 mai 1880.



LYON, IMPRIMERIE R. SCHNEIDER

Quai de l'Hôpital, 9.

1904

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales.		X.
Clinique des maladies des enfants.		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		WEILL.
Matière médicale et Botanique		MONOYER.
Parasitologie.		HUGOUNENQ.
Anatomie		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.		BEAUVISAGE.
Physiologie		LORTET.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie externe		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		MORAT.
Anatomie pathologique		TEISSIER.
Médecine opératoire.		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.		MAYET.
Médecine légale		TRIPIER.
Hygiène.		POLLOSSON (M.)
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacologie		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		SOULIER.
		FLORENCE.

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire M. DOYON.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes.	MM. POLLOSSON (A.), agrégé.
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Accouchements.	FABRE, —
Matière médicale	MOREAU, —
Anatomie topographique.	DURAND, —

AGRÉGÉS

MM. ROUX.	MM. SIRAUD.	MM. BÉRARD.	MM. VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.	NOVÉ-JOSSERAND.	CHATIN.	CAUSSE, ch...
VALLAS.			

M. X..., Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PONCET, *Président* ; NOVÉ-JOSSERAND, *Assesseur* ;
MM. P. VILLARD et TIXIER, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Hommage de douloureux respect.

A MA MÈRE

Intime témoignage d'une reconnaissance
et d'un amour infinis.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur PONCET

EX-CHIRURGIEN EN CHEF DE L'HÔTEL-DIEU

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A Monsieur le Docteur L. DOR

CHEF DU LABORATOIRE DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE

DE M. LE PROFESSEUR PONCET

INTRODUCTION

Dans le cours de l'année 1902, nous avons l'occasion d'observer dans le service de M. le professeur Poncet un malade dont la symptomatologie nous parut dès l'abord complexe. Le malade présentait un ensemble de signes entre lesquels on relevait de la stupeur et une apathie très accusée. Il avait été amené dans la clinique par M. le docteur Dor, chef du laboratoire, qui avait distingué en lui un cas d'un intérêt particulier. Curieux de pathologie comparée, M. Dor avait rapproché les symptômes que présentait ce malade d'un syndrome connu chez le cheval sous le nom de maladie de l'immobilité.

Ce syndrome consiste essentiellement en une perte de la spontanéité des mouvements, qui aboutit à des états d'« immobilité » revêtant des formes diverses que nous décrirons.

M. Dor avait, d'autre part, dans un examen complet du malade, fait un diagnostic de tumeur cérébrale basé sur de la glycosurie, de la céphalée et de l'œdème de la papille. Dans le service hospitalier de M. le professeur Poncet, la trépanation vérifia le diagnostic de tumeur qui avait été établi.

M. Dor nous a exposé qu'il y aurait un intérêt à appeler l'attention des médecins sur ce syndrome si fréquemment observé chez le cheval, le syndrome immobilité. Il nous a communiqué le détail de l'observation, très nette, que nous reproduisons.

Nous garderons la formule usitée, par les vétérinaires, pour la désignation du syndrome que nous étudierons et nous l'appellerons syndrome « immobilité », mot qui lui conserve une valeur connue.

Quel est le rapport qui peut exister entre le syndrome immobilité, chez le cheval, et le syndrome que nous avons observé chez l'homme et que nous nous proposons de décrire comme le syndrome immobilité. Nous pensons que tous deux sont de même nature et le fait que nous donnons à l'appui de cette thèse nous paraît net (1).

Nous exposerons dans un premier chapitre le syndrome immobilité étudié chez le cheval. Nous étudierons sa pathogénie et les lésions anatomo-pathologiques que l'on y rencontre, en insistant, spé-

(1) M. le professeur Pierret considère l'immobilité comme un syndrome relevant, dans certains cas, de l'hydrocéphalie congénitale. Il a pu l'observer dans son service. Nous ne nous occuperons que de l'immobilité produite par des tumeurs acquises.

cialement sur ce qui fait l'objet de notre étude, les tumeurs cérébrales.

Dans un deuxième chapitre, nous donnerons l'observation du malade qui nous a valu l'idée de cette étude, telle que nous l'avons recueillie dans le service de M. le professeur Poncet. Nous décrirons le syndrome immobilité qui a été constaté dans ce cas.

Nous étudierons en troisième lieu ce syndrome dans ses rapports avec les syndromes voisins, dont il convient de le différencier.

Nous donnerons en un autre paragraphe les considérations pathogéniques qu'a pu nous suggérer ce cas.

Nous verrons enfin s'il y a possibilité d'en tirer quelques indications, soit au point de vue du diagnostic, soit au point de vue du pronostic et du traitement.

Arrivé à ce terme qu'il nous soit permis d'apporter à M. le docteur Dor l'hommage de notre gratitude pour les très utiles conseils dont il nous a entouré.

Nous remercions vivement notre savant maître, M. le professeur Poncet, de l'extrême bienveillance qu'il nous a témoignée. Il nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

M. le professeur Pierret a également droit à notre reconnaissance pour l'accueil aimable que nous avons reçu de lui.

Dans l'épreuve, nous avons trouvé les amitiés solides des amis d'autrefois et d'aujourd'hui. Ils nous

ont aidé à cacher sous des fleurs la dépouille de quelques illusions. Nous les en remercions à cette place qui leur est bien dûe et nous voulons qu'ils trouvent un nouveau gage d'amitié dans cette formule brève.

CHAPITRE PREMIER

On retrouve à de lointaines dates dans les traités de l'art vétérinaire (Chabert, 1800), sous le nom d'« immobilité » du cheval, un complexe symptomatique formé d'un mélange assez divers de troubles sensitifs ou moteurs, sensoriels ou psychiques. Bouley et Reynal dans leur *Nouveau Dictionnaire pratique de médecine, de chirurgie et d'hygiène vétérinaires*, tome X, donnent de l'immobilité une excellente monographie. Nous en avons trouvé une bonne étude dans le traité de *Pathologie interne* de Cadéac.

SYMPTOMATOLOGIE

Il importe de distinguer deux ordres de symptômes, les uns qui constituent à proprement parler le syndrome immobilité, les autres que l'on retrouve communément chez l'homme dans le cours de l'évolution des tumeurs cérébrales.

Les phénomènes observés dans le premier ordre de choses sont :

I. — *Modifications de la physionomie.*

La physionomie de l'animal immobile ne témoigne point d'intelligence. Il regarde l'œil grand ouvert avec une fixité qui surprend. Du reste cet œil est hagard, imbécile. L'expression faciale est nulle.

II. — *Modifications de l'attitude.*

A l'écurie et au repos, l'animal est plongé dans une torpeur étrange et complète ; un excitant très fort est nécessaire pour l'en faire sortir ; encore souvent croit-on avoir obtenu de sa part un effort qu'il est déjà retombé dans une passivité indifférente. Il conserve facilement les attitudes les plus incommodes et les plus bizarres. On peut aller expérimentalement jusqu'à maintenir ses membres antérieurs et ses membres postérieurs croisés en même temps. Seul, le danger de la chute rappelle l'instinct.

A l'écurie, au moment des repas, l'animal a l'air de ne plus se souvenir du râtelier ; et s'il vient à saisir entre ses mâchoires une bouchée de [fourragé, il ne songe pas à la mâcher ; la bouchée sort par la commissure labiale et les marchands de chevaux en présence de cette attitude caractéristique disent qu'il « fume la pipe ».

Hors de l'écurie, pendant le travail de la marche, il va sans se rendre compte des obstacles, reste insensible à toutes les excitations et n'obéit pas plus à l'éperon qu'au mors. Il présente une sorte d'impulsivité ou bien il s'arrête brusquement et refuse d'aller

plus loin. Il reste absolument immobile, et cette immobilité accompagnée de stupeur peut se prolonger un temps assez long. On ne peut le faire avancer ni le faire reculer. Si, d'ailleurs, on arrive à le faire avancer, il lui est impossible d'aller en arrière. Cette impossibilité du mouvement est caractéristique de cet état d'immobilité du cheval.

En somme, le syndrome immobilité consiste essentiellement dans les signes suivants : inactivité musculaire qui n'est pas due à une paralysie ou à une parésie, mais à une perte de la spontanéité des mouvements. Cet état d'inhibition motrice peut s'accompagner ou non de stupeur qui donne à l'animal malade une physionomie spéciale ; quelquefois on trouve de la somnolence ; souvent on trouve une aptitude spéciale des muscles de la vie de relation à garder les positions qu'on leur donne : c'est une immobilité à forme cataleptique.

Comme on le voit, le fait dominant et seul constant est l'immobilité, la perte de la spontanéité du mouvement.

Dans un second ordre de choses, on observe des phénomènes dont l'apparition au travers du syndrome immobilité est essentiellement variable et dépend de l'évolution de la lésion causale.

Ce sont :

1° *Convulsions*. — On observe des convulsions épileptiformes. Ces convulsions sont généralisées à tout le corps ou seulement partielles ; plus souvent

même elles sont limitées à une partie du corps de l'animal.

Elles portent d'ordinaire sur la tête ou sur le membre supérieur.

2° *Vertiges*. — On rencontre assez souvent du vertige chez les chevaux immobiles ; les vertiges se manifestent aussi bien à l'écurie que pendant le travail ou la promenade. A l'écurie, le cheval pousse au mur et s'y cogne ; il se dresse en se cabrant sur ses sabots de derrière ; il exécute, couché, des mouvements désordonnés. En promenade ou au travail, il se jette de côté, se renverse sur son conducteur. Il va quelquefois en cercle dans une direction déterminée.

3° *Paralysies*. — « L'hémiplégie est quelquefois consécutive à des compressions unilatérales occasionnées par des tumeurs. Signalons encore des troubles cardiaques, les paralysies de la langue, des mâchoires, du pharynx, le nystagmus et le ptosis. On trouve quelquefois des monoplégies. »

4° *Troubles de la sensibilité et des organes des sens*. — On note de l'hyperesthésie. On a noté de la perte du goût, de l'odorat, plus fréquemment des troubles oculaires, de l'amaurose. On a vu dans quelques cas la stase papillaire avec une dilatation des veines rétiniennes.

FORMES CLINIQUES

La variété des formes cliniques que l'on observe est grande. Mais d'ordinaire les symptômes variables

sont les symptômes que nous venons de décrire en dernier lieu. L'immobilité proprement dite est constante avec les divers caractères que nous avons énumérés. Ceux-ci forment d'ailleurs, par leur combinaison, un tableau clinique variable. L'intensité des symptômes dépend du moment de l'évolution de la cause déterminante.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE

Il est des chevaux qui naissent immobiles. A l'autopsie on trouve de l'hydrocéphalie. Ce sont des hydrocéphales congénitaux. Leur tête présente d'ordinaire une conformation spéciale; elle est étroite et oblique en arrière.

Mais le plus souvent on trouve comme lésions anatomo-pathologiques chez les chevaux immobiles des néoplasies de diverses sortes. Ce sont des tumeurs.

1° *Des tumeurs des os.* — On rencontre des exostoses, des carcinomes.

2° *Des tumeurs des méninges.* — Les tumeurs de méninges que l'on a rencontrées étaient des sarcomes, des mélanomes.

Les sarcomes étaient situés de préférence à la face intime de la dure-mère; ils occupaient la commissure médiane du cerveau. Les mélanomes envahissaient la dure-mère, les méninges et le cerveau.

3° *Des tumeurs des ventricules.* — Les tumeurs des ventricules exercent sur le cerveau une compres-

sion qui va de dedans en dehors. Parmi les tumeurs dont est souvent porteur le cheval immobile, les plus fréquentes sont les cholestéatomes. Très inégales, de volume tantôt considérable, tantôt minime, ces tumeurs siègent d'ordinaire au niveau des plexus veineux que l'on appelle les plexus choroïdes. Ils sont renfermés dans les ventricules latéraux dans lesquels ils se logent quelquefois entièrement. On a observé une tumeur, qui, située dans les ventricules latéraux refoulait la cloison interventriculaire (Trasbot). Cette tumeur était un myxome. On y rencontre aussi des fibromes, des sarcomes, des mélanomes.

On voit que l'on se trouve d'ordinaire en présence de sarcomes, de mélanomes, et surtout de cholestéatomes. Le caractère que présente essentiellement ces tumeurs, c'est d'être bénignes.

L'évolution de toutes ces tumeurs est la même, par excellence lente.

Par leur accroissement, qui pour n'être pas rapide, n'en existe pas moins, elles ont une influence déprimante sur le cerveau. La masse cérébrale augmente de leur fait et le contenant se trouvant invariable, l'accroissement du contenu engendre un augment de pression qui se fait sentir sur tout le cerveau.

Les hémisphères se tassent, la circulation s'arrête ou se ralentit. L'aboutissant en est des œdèmes, de l'hydropisie ventriculaire, de l'ischémie, même des hémorragies. On aura des phénomènes de compression cérébrale.

MARCHE DE L'AFFECTION

La marche de l'affection est essentiellement variable, d'ordinaire lente; elle dépend de l'évolution de la cause provocatrice. Les chevaux immobiles, présentent dans les débuts de la maladie des accès d'immobilité avec intervalles de lucidité absolue. Plus tard l'immobilité et la stupeur ont tendances à devenir chroniques.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic se fait avec le lymphatisme, la vieillesse, le tour de rein, la maladie des jarrets. Le diagnostic des cas frustes est malaisé.

Mais le syndrome une fois reconnu et diagnostiqué, il faut reconnaître la cause qui a déterminé cette immobilité.

Les autopsies ont vérifié qu'il s'agissait d'hydrocéphalie dans les formes qui se traduisaient par de l'immobilité, de la stupeur, une dépression générale. Les tumeurs au contraire non accompagnées d'hydrocéphalie, agissant par leur propre effet, s'accompagnent le plus souvent de convulsions, de vertiges et de signes aigus de compression.

CHAPITRE II

OBSERVATION

*Malade entré le 10 avril 1902, dans le service de
M. le professeur Poncet.*

B..., boulanger, âgé de 62 ans.

Antécédents héréditaires. — Du côté maternel, on ne trouve rien à noter. Tous les renseignements que nous avons du côté paternel sont que le père est mort d'une pleurésie, en âge déjà avancé. On ne trouve pas d'antécédents nerveux dans la famille.

Antécédents personnels. — Le malade eut dans son enfance la rougeole, la scarlatine, la varicelle. Il eut plus tard un érysipèle qui se répéta plusieurs fois. On ne trouve pas dans les commémoratifs d'autre maladie jusqu'à l'âge de 40 ans. A ce moment déburent des maux de tête intermittents qui allèrent ensuite en augmentant d'intensité d'année en année. Le malade vaquait à ses occupations comme d'habitude, quand vers 1899, son entourage s'aperçut qu'il devenait moins causeur, moins expansif. Il paraissait plus concentré à certains moments ; il restait de longues heures assis sur une chaise sans faire le moindre

mouvement. En même temps la céphalée devenait plus violente et le malade commençait à y voir moins bien. Il fut examiné par plusieurs médecins qui lui conseillèrent simplement le repos. M. Dor qui le vit en dernier lieu, examina son fond d'œil et constata un œdème de la pupille plus accusé à l'œil gauche, notable cependant à l'œil droit. Du reste les signes subjectifs coïncidaient avec les signes physiques ; la vision de l'œil gauche était plus défectueuse que celle de l'œil droit. Frappé de l'immobilité que gardait le malade jusque dans des positions très anormales et de cette apathie qui semblait correspondre à une perte sensible de la volonté, M. Dor fit le diagnostic de compression cérébrale et conseilla au malade d'entrer dans un service hospitalier. Le 10 avril 1902, le malade entra dans le service du professeur Poncet.

ÉTAT DU MALADE A L'ENTRÉE

Etat général. — Le malade présente à son entrée un assez bon état général ; il se plaint seulement de vagues douleurs de tête et d'un peu de lassitude.

Système nerveux. — Du côté de son système nerveux, on n'observe rien de particulier. Les opérations intellectuelles s'accomplissent régulièrement ; l'intelligence du malade est assez nette ; il n'a pas du tout d'amnésie. La marche est bien conservée ; il exécute assez vite les mouvements qu'on lui commande.

Dans un examen détaillé on ne constate pas de troubles de la motricité. Pas de paralysie ni de paré-

sie. La sensibilité est conservée, ni diminuée, ni exagérée ; les réflexes sont absolument normaux. Il n'y a pas de stigmates hystériques, pas d'anesthésie cornéenne ni pharyngée. La céphalée que présente le malade n'est pas de la céphalée en casque. Il n'y a pas eu de convulsions.

Organes des sens. — A l'examen des organes des sens, on trouve des lésions oculaires sur lesquelles le malade appelait d'ailleurs l'attention en disant que sa vue baissait. Il se plaint aussi de voir des mouches volantes. On trouve à l'ophtalmoscope un œdème de la pupille net plus accusé à gauche. Le malade n'a rien du côté de l'ouïe, ni de l'odorat.

Appareil digestif. — Du côté de l'appareil digestif rien à signaler. La digestion se fait bien ; il n'y a pas de vomissements. L'estomac n'est pas dilaté. On ne peut signaler qu'une certaine paresse du malade à se nourrir.

Appareil circulatoire. — Rien au cœur, ni à la périphérie. Les bruits sont réguliers, bien frappés. Le pouls est à 60.

Appareil pulmonaire. — Rien à noter.

Appareil urinaire. — Rien du côté du rein, ni des voies urinaires. Les urines sont claires, ne contiennent pas d'albumine. On constate une glycosurie appréciable.

DESCRIPTION DU SYNDROME « IMMOBILITÉ »

CHEZ CE MALADE.

Deux jours après cet examen, nous voyons le malade en état d'immobilité.

Sa physionomie exprime la stupeur ; l'œil est fixe. Les paupières se ferment un moment, puis demeurent ouvertes ; le malade reste dans un état d'immobilité absolue et ce n'est qu'après deux ou trois coups frappés sur son épaule qu'il sort de sa torpeur et répond aux interrogations d'une voix monotone. A ce moment, il répond cependant facilement ; il a conscience de l'état de stupeur dans lequel il se trouve ; il est consciemment incapable de tout effort.

Les opérations intellectuelles demeurent d'une grande netteté ; la mémoire est très précise sur les faits d'ensemble et de détail ; mais la recherche volontaire est nulle quand il s'agit de retrouver un objet qui lui appartient, de le prendre même dans sa poche. Il ne consent pas à se lever, une fois assis.

On a l'occasion de l'observer au moment d'un repas ; il essaie d'abord d'attirer à lui les aliments, y renonce ensuite et reste passif, incapable de se nourrir. Il reste figé dans une immobilité absolue en même temps qu'il a le faciès stupide et l'œil hagard. Ces « crises d'immobilité », si nous pouvons nous exprimer ainsi, se reproduisent plusieurs fois et durent un temps variable. La stupeur est également variable ; l'expression de la physionomie de notre malade est parfois peu ou point modifiée.

Les déclarations de la famille en même temps que la parole autorisée de M. Dor nous permettent d'ajouter à la description de cet état d'immobilité qu'a présenté le malade à l'hôpital, la description d'autres états analogues ou voisins. Dans sa famille, B... était comme nous l'avons dit, souvent concentré; il lui arrivait fréquemment de s'asseoir sur une chaise et de somnoler un temps plus ou moins long. Il conduisait du reste ses affaires d'une façon parfaite en dehors de ces moments. Dans le cours de promenades que faisait B..., on le vit s'arrêter, les yeux ouverts, les membres dans une attitude figée; il ne bougeait pas d'un long moment; ses membres se mouvaient comme de la cire molle et conservaient toutes les situations qu'on leur donnait.

M. Dor nous a encore donné le tableau d'un de ces états qu'il put observer dans son cabinet. Le malade avait à peine franchi le seuil de la porte qu'il demeure stupide, ne comprend pas les questions qu'on lui pose et regarde les yeux grands ouverts vers un point de la salle sur lequel M. Dor étonné porte son regard sans rien apercevoir; il s'empare alors des mains du malade : elles gardent l'attitude qui leur a été imprimée. Au bout d'un temps assez long, dix minutes environ, le malade sort de sa torpeur et répond avec netteté aux questions qu'on lui pose. Il a, cette fois, l'oubli de ce qui s'est passé.

Nous pourrions multiplier l'histoire de ces accès d'immobilité dont nous avons donné les formes les plus typiques. Il nous apparaît en somme que, dans chacun des états que nous décrivons, B... était « im-

mobile » au sens où l'entendent les vétérinaires, c'est-à-dire qu'il présentait une perte de la spontanéité des mouvements avec conservation du tonus musculaire. Cette immobilité était le symptôme unique que l'on constatait ou bien s'accompagnait de stupeur ; souvent aussi on constatait une aptitude particulière des muscles de la vie de relation à conserver les attitudes et c'était alors une forme cataleptique, s'accompagnant ou non, suivant les moments, de narcolepsie.

Le 25 avril, sur l'avis de M. le docteur Dor qui avait porté le diagnostic ferme de compression cérébrale due à une tumeur, on fait au malade une trépanation avec ablation d'un volet osseux au moyen de quatre ou cinq couronnes de trépan. La dure-mère est tendue ; le cerveau ne bat pas et on sent qu'il existe une forte tension. On n'incise pas la dure-mère et on panse à plat. (L'opération a été pratiquée par le docteur Delore, chef de la clinique.)

Le malade a été notablement soulagé par l'opération. La vue n'est pas améliorée, mais la céphalée a presque disparu. Le bien-être persistant, le malade quitte volontairement l'hôpital le 3 mai 1902, environ trois semaines après son entrée.

Le soulagement produit par la trépanation persista pendant à peu près quatre mois, durant lesquels la céphalée, auparavant si pénible, avait à peu près abandonné le malade. La vue continuait à baisser et la lecture des journaux devenait impossible.

Mais après cet arrêt dans l'évolution de la tumeur, la céphalée refit son apparition accompagnée de ver-

tiges. En ce moment apparaissent des troubles légers de la mémoire qui vont en s'accroissant. L'intelligence moins vive est cependant encore assez nette. Puis, vers le mois de janvier 1903, commence à se manifester une parésie des membres. A dater du mois de mars 1903, le malade ne redescend pas de sa chambre où il reste d'ordinaire dans son fauteuil en état d'immobilité avec stupeur. Le 28 août, il présente des convulsions. La parésie se transforme en une paralysie presque complète des membres droits. Durant le mois de septembre, la stupeur est continue, l'immobilité absolue.

On trouve en même temps que des signes de congestion cérébrale, de la congestion pulmonaire qui termine le tableau clinique exposé chez ce malade.

La mort survient le 28 décembre 1903. Nous avons vu dans ce tableau la tumeur cérébrale évoluer d'une façon complète.

Le malade étant mort chez lui, l'autopsie n'a pas pu être pratiquée.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Il nous paraît que le syndrome que nous venons de décrire, tel que nous l'avons rencontré chez notre malade se distingue très nettement des autres syndromes que nous présente la pathologie nerveuse.

SOMMEIL

Il semble tout d'abord qu'il n'y ait point de diagnostic différentiel à établir entre l'immobilité et le sommeil qui est un repos du système nerveux, dans lequel la vie de relation s'efface, caractérisé par la diminution des fonctions, l'abolition des mouvements volontaires. Il est en réalité dans l'immobilité des états de stupeur qui peuvent prêter à confusion avec des états de sommeil qui ont été décrits au cours de l'évolution des tumeurs cérébrales. Dans un article documenté, Rocca signale des cas curieux de sommeil, symptôme de tumeurs cérébrales. Il donne le cas de Stannens dont la malade dormait presque toute la journée, et le cas pour nous plus intéressant de Mensinga qui nous rapporte l'histoire d'un individu s'en-

dormant tout à coup en parlant ou en mangeant. Nous trouvons des cas assez nombreux dans la science d'états de sommeil plus ou moins accusé allant de la somnolence au coma. Peut-être certains se rapprochaient-ils de la forme que nous étudions, mais ce n'est là qu'une hypothèse que nous ne pouvons élucider.

En tout cas, ce qui distingue le sommeil de l'immobilité, c'est la résolution musculaire. Un homme qui dort debout est appuyé, un immobile se tient comme un homme réveillé et ne tombe pas forcément s'il est dans un bon état d'équilibre statique.

Maladie du sommeil.— Nous parlerons, pour l'éliminer, de la maladie du sommeil qui présente des accès fréquents aboutissant en peu de temps au sommeil continu.

La durée de l'affection qui est mortelle va de un à trois mois. La localisation géographique et la forme de cette maladie sont suffisamment précises pour signer le diagnostic.

MÉLANCOLIE

Nous ferons le diagnostic différentiel de la stupeur des immobiles avec la stupeur de la mélancolie.

On trouve chez les mélancoliques toutes les formes de stupeur que nous pouvons rencontrer dans la pathologie nerveuse. Mais toujours cette stupeur est consécutive à la mélancolie.

Au fond de la mélancolie est la douleur morale. Souvent, la plupart du temps même, le mélancolique

est sous l'impression d'hallucinations qu'il crée de toutes pièces dans son esprit.

Les commémoratifs seuls et l'interrogatoire du malade et de son entourage permettront en ce cas de faire le diagnostic.

APATHIE

Nous étudierons l'apathie que l'on rencontre dans la confusion mentale et l'apathie de la paralysie générale.

I. — La confusion mentale est un syndrome qui est décomposable en un certain nombre de symptômes dont les principaux sont, d'après la classification de M. Pic :

a) Torpeur intellectuelle.

b) Confusion mentale.

L'intelligence n'est pas abolie, mais elle est obscurcie. Elle peut être très nette et très lucide sur certaines questions et nulle sur d'autres.

c) Amnésie.

On entend par là une amnésie d'ordinaire partielle qui porte seulement sur certains souvenirs. Il y a un mélange bizarre de souvenirs d'une rare précision et d'oublis absurdes.

d) Onirisme hallucinatoire.

Les hallucinations sont d'abord nocturnes, puis diurnes. Le malade est en état de rêve, en état de stupeur permanente dans certaines formes. Une interpellation brusque le tire de son rêve,

L'évolution de ce syndrome vers l'aliénation mentale chronique est la plupart du temps assez rapide.

Nous trouvons dans l'« immobilité » la stupeur qui existe souvent dans la confusion mentale. Mais nous ne trouvons pas de confusion mentale proprement dite et pas d'hallucinations. Le professeur Féré, de Bordeaux, dans son article de la *Pathologie générale* de Bouchard rapproche « l'immobilité du cheval de la confusion mentale de l'homme, sous ses formes simple et hallucinatoire ». En réalité, il a confondu dans le terme immobilité les symptômes mêlés des tumeurs cérébrales que ce terme englobe à tort dans certains traités de l'art vétérinaire. Les hallucinations dont parle Féré n'ont d'autre analogue chez le cheval que les vertiges, qui sont le résultat direct des différences de tension auxquelles est soumise la substance cérébrale du fait de la compression.

II. — L'apathie avec stupeur de la paralysie générale pourrait se confondre avec la stupeur que nous décrivons chez les immobiles, mais les troubles de l'intelligence, de la mémoire, des fonctions intellectuelles en un mot deviennent rapidement assez nets et assez particuliers pour qu'il ne soit plus possible d'hésiter. Nous n'insisterons pas sur ce diagnostic.

CATATONIE ET STUPEUR

Nous passerons rapidement en revue les principaux caractères de la catatonie.

Dans un premier groupe nous trouvons les phénomènes de végétarisme, l'opposition, la résistance

constante, les raideurs musculaires, l'immobilité de l'attitude. Ces phénomènes ne sont, d'ailleurs, pas toujours accusés et l'on ne trouve, quelquefois, que de la gêne et de la lenteur dans les mouvements.

Un second groupe de phénomènes est constitué par l'écholalie, l'échopraxie, la catalepsie. Le malade catatonique accepte passivement toutes les attitudes qu'on lui impose...

Un autre élément, non moins important, réside dans les stéréotypies, phénomènes automatiques, aboulie.

Ce sont là les caractères permanents d'un état sur lequel les opinions sont très partagées et que l'on a considéré, tour à tour, comme un syndrome, une entité morbide ou une forme de la démence précoce.

L'ensemble de ces caractères en même temps que la chronicité d'emblée des symptômes éloignent la cacatonie du syndrome que nous décrivons.

HYPNOSE

Bernheim définit l'hypnose, « un état psychique particulier, susceptible d'être provoqué, qui met en activité ou exalte à des degrés divers la suggestibilité, c'est-à-dire l'aptitude à être influencé par une idée et à la réaliser. L'état hypnotique n'est autre chose qu'un état de suggestibilité exaltée; cet état peut être produit avec ou sans sommeil ».

Une des plus faciles suggestions qu'il est possible d'obtenir avec les sujets est celle de motilité. On peut faire de la paralysie, de la contracture, du trismus, un torticolis, de la claudication.

Nous parlerons seulement de la catalepsie. Cette catalepsie est molle, flaccide ou un peu rigide, cireuse, ou encore plus rigide, tétanique. Le membre reste figé dans l'attitude qu'on lui a imprimée, un temps plus ou moins long, suivant la facilité avec laquelle la catalepsie se réalise sur le sujet.

Nous sommes en présence d'un phénomène d'origine psychique, dû à l'absence d'initiative cérébrale. De même chez notre malade, il s'agissait d'une absence d'initiative cérébrale produisant les états que nous avons décrits.

Nous trouvons sous la plume de Bernheim.

« Ce phénomène s'obtient souvent spontanément et sans hypnose quand on le cherche dans des cas de stupeur cérébrale. Je l'ai maintes fois observé dans la fièvre typhoïde; le sujet inerte, l'œil fixe, le masque impassible, garde les attitudes imprimées à ses bras; parfois même le membre devient rigide lorsqu'on l'étend et lorsqu'on cherche à le fléchir. »

Nous nous croyons autorisés à admettre qu'il existait, dans notre cas, un état voisin de ces états d'hypnose dû à une stupeur cérébrale, produite par la compression de la tumeur.

ABSENCE

Nous avons fait remarquer au cours de l'observation de notre malade, qu'il était d'ordinaire, pleinement conscient de son état, que la crise ne s'accompagnait pas d'oubli. Ceci nous permet de ne pas insister sur un état qui pourrait prêter à confusion, l'absence des épileptiques.

CHAPITRE IV

CONSIDÉRATIONS PATHOGÉNIQUES

Quelle est la pathogénie du syndrome que nous avons observé dans notre observation.

La première affirmation que nous pouvons donner est que notre malade présentait une tumeur cérébrale. L'œdème de la papille, la céphalée étaient suffisamment nets pour qu'on puisse affirmer le diagnostic.

Cette tumeur avait déterminé de la compression cérébrale comme l'ont vérifié la trépanation et l'amélioration notable apportée à l'état du malade par cette opération.

Il semble que cette tumeur devait siéger au niveau des plexus choroïdes et qu'elle avait déterminé de l'hydrocéphalie exerçant une action déprimante sur la substance cérébrale. La stase papillaire précoce et intense était en faveur d'une compression des veines de Galien par une tumeur siégeant au niveau des plexus choroïdes. D'autre part chez le cheval nous avons vu que les tumeurs cérébrales agissant par leur propre action déterminent plutôt des formes brusques avec vertiges, convulsions, tandis que les tumeurs

siégeant au niveau des plexus choroïdes sont d'évolution lente, donnant lieu à l'immobilité proprement dite.

Il y a lieu de se demander quelle est la nature du trouble cérébral donnant naissance à cet état d'immobilité. Nous n'avons ni paralysie, ni parésie musculaire. C'est un trouble résultant de la compression exercée sur la substance de l'encéphale par une tumeur.

La compression, insuffisante pour produire la paralysie, était assez efficace pour supprimer des fonctions « plus fragiles », inhiber en quelque sorte les régions motrices.

Ce syndrome avait pour caractère au début de son apparition de semontrer de façon intermittente. Nous devons nous demander les raisons de ces intermittences et il nous apparaît qu'il faut en donner l'explication par des modifications de la circulation au niveau de la tumeur, ces modifications pouvant être physiologiques (émotions, repas...) ou pathologiques (retentissement sur la circulation de retour du fait de la compression).

Nous n'avons pu donner sur la pathogénie du syndrome que nous avons décrit qu'une hypothèse pouvant s'appliquer à notre cas particulier. Il est cependant vraisemblable que nous avons présenté le mécanisme qu'on retrouverait comme le plus fréquent dans les cas où l'on aurait à observer de l'immobilité.

CHAPITRE V

INDICATIONS FOURNIES PAR LE SYNDROME « IMMOBILITÉ » CHEZ L'HOMME DANS LES TUMEURS CÉRÉBRALES

Nous pouvons maintenant songer aux indications qu'il est possible de tirer chez l'homme du syndrome que nous avons étudié chez le cheval et dont nous avons décrit au cours de ce travail un cas en pathologie humaine.

1° *Pour le diagnostic :*

Du fait que nous avons observé ce signe, déterminé chez le malade qui le présentait par une tumeur cérébrale non douteuse, nous pouvons nous permettre de penser qu'on peut le retrouver au cours de l'évolution de certaines tumeurs cérébrales. La pathologie comparée nous a montré que le syndrome existe chez le cheval où il a été l'objet de nombreuses études; à l'autopsie on a constaté des tumeurs cérébrales chez des animaux immobiles. Les cas que l'on observe chez l'homme doivent être plus rares à en juger par ce fait qu'ils sont restés inaperçus.

Si nous essayons de tirer quelques données du cas particulier qui s'est présenté à nous, nous voyons que le syndrome immobilité s'est présenté au début de l'évolution d'une tumeur cérébrale, appartenant en propre à la symptomatologie de cette tumeur, tandis que le cortège de signes qui l'entouraient pour permettre le diagnostic était réduit. Plus tard les signes de tumeur se sont précisés. Ce syndrome peut donc constituer dans les tumeurs cérébrales un signe de début ; il aurait une valeur pour un diagnostic précoce. Quelle que soit d'ailleurs la période à laquelle on l'observe, il conserverait une signification nette.

2° Pour le pronostic et le traitement :

Ce syndrome commanderait le pronostic des tumeurs dans l'évolution desquelles il serait observé. Ces tumeurs évolueraient lentement comme évoluent chez le cheval les tumeurs que l'on rencontre à l'autopsie. Notre malade a vécu plusieurs années en possession de sa tumeur.

Au point de vue du traitement, l'indication donnée par ce syndrome est la trépanation. Le malade qui fut trépané dans le service de M. le professeur Poncet reçut de cette opération un grand soulagement qui se traduisit par une diminution considérable de la céphalée et par l'éloignement des accès d'immobilité qui ne s'observèrent plus qu'au nombre de deux ou trois pendant la durée de quatre mois. Nous conseillerions donc en pareil cas de faire la trépanation qui serait un moyen palliatif excellent.

CONCLUSIONS

- I. Il existe chez le cheval un syndrome décrit par les vétérinaires sous le nom d'immobilité et qui consiste en une inhibition motrice intermittente revêtant la forme cataleptique, l'état de stupeur ou d'autres formes voisines.
- II. Chez les chevaux qui présentent ce syndrome, on trouve fréquemment à l'autopsie des tumeurs cérébrales, agissant par un mécanisme de compression.
- III. Nous avons rencontré le syndrome « immobilité » chez l'homme dans un cas où il accompagnait de la glycosurie, de l'œdème, de la papille et de la céphalée, signes d'une tumeur cérébrale confirmée par la trépanation et ayant évolué par la suite.
- IV. Ce syndrome est différent des autres syndromes voisins, connus en pathologie nerveuse.
- V. Il est vraisemblable qu'il était déterminé chez notre malade par la tumeur cérébrale, cette tumeur siégeant probablement au niveau des

plexus choroïdes. On trouvait un état de stupeur cérébrale, intermittent à son début ; les intermittences paraissant conditionnées par les modifications de la circulation sanguine au niveau de la tumeur.

VI. La pathologie comparée et le cas que nous avons présenté nous permettent de penser que ce syndrome peut constituer un signe de tumeur cérébrale.

D'après le résultat favorable observé chez notre malade, il y aurait lieu en pareil cas de faire la trépanation.

VU :

Le Président de la Thèse

PONCET.

VU :

Le Doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 24 décembre 1903.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

G. COMPAYRÉ

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

BALL et KRISHABER. — Tumeurs cérébrales. *Dictionnaire Dechambre*. (Art. Cerveau).

BERNHEIM. — *Hypnotisme, Suggestion, Psychothérapie*.

BOULEY et REYNAL. — *Nouveau Dictionnaire pratique de médecine, de clinique et d'hygiène vétérinaires*. t. X.

CADÉAC. — *Pathologie interne des animaux domestiques (Centres nerveux)*.

DÉJERINE. — Séméiologie du système nerveux. *Traité de pathologie générale*, de Ch. BOUCHARD, t. VIII.

FÉRÉ. — Les troubles de l'intelligence. *Traité de Pathologie générale*, de BOUCHARD, t. VI.

SOCA. — Sur un cas de sommeil prolongé pendant sept mois par tumeur de l'hypophyse. *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*. An. XIII, n° 2, p. 101-15, mars-avril 1900.

